

DEMANDE DE RÈGLEMENT - ASSURANCE ANNULATION

IMPORTANT – VEUILLEZ LIRE AVANT DE CONTINUER

Avant de compléter ce formulaire, veuillez vous assurer de lire tous les éléments ci-dessous et de cocher ceux applicables à votre situation :

Avez-vous communiqué avec votre fournisseur de service (grossiste / tour opérateur, transporteur, hébergement, etc.) afin d'obtenir un crédit ou un remboursement?

Avez-vous joint tous ces documents:

d'annulation

Ce formulaire de règlement ENTIÈREMENT rempli et signé Preuve d'annulation de votre voyage auprès du fournisseur La copie de tous les crédits et remboursements déjà obtenus Les factures détaillées de vos fournisseurs de service incluant leurs politiques

La preuve de paiement du voyage (tel qu'un relevé de votre carte de crédit ou compte bancaire)

Les billets d'avion (si applicable)

Formulaire de remboursement par dépôt direct rempli et signé (si applicable)

Informati	ions sur le titulaire	de la police							
Compagnie d'assurance	Nº de co	Nº de contrat, certificat ou identification			N° de groupe ou police (facultatif)			Nº de dossier (facultatif)	
Nom						Genre	M	F	
Prénom						Date de naissa Année	ance Mois	Jour	
Courriel			Téléphone	1		Téléphone 2			
Adresse de correspondance		Apt.		Ville		Provinc	:e	Code postal	
Est-ce que le titulaire réclame?	Oui	Non							
Assurés re	éclamant (autres que	e le titulaire)							
Nom du conjoint	Prénom		Genre	M	F	Date de naiss Année	ance Mois	Jour	
Nom de la personne à charge	Prénom		Genre	M	F	Date de naiss Année	sance Mois	Jour	
Nom de la personne à charge	Prénom		Genre	М	F	Date de naiss Année	sance Mois	Jour	
Nom de la personne à charge	Prénom		Genre	М	F	Date de naiss Année	sance Mois	Jour	
	Autres assurances	s							
Veuillez indiquer ci-dessous toute au Assurance collective :		ue vous, votre conjoint	-	-	-	sonne à charge) dé	tenez.		
Titulaire	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	Année Mois e naissance	lour		d'assurance				
N° de groupe ou police						a compagnie			
N° d'identification			''	amero de	telephone de la	a compagnic			
Assurance voyage avec une carte de c	rédit :								
Détenteur de la carte	<u>'</u>	Date de naissance	Année Mois Jour						
Nº de la carte	x x x x		Nom de	- e l'institut	ion financière _				
Autre assurance voyage :		auprès d'un fournisseu	lour						
Titulaire	Date de	e naissance	с						
N° de police			N	uméro de	téléphone de la	a compagnie			
Avez-vous déjà initié une réclamation?	Oui Non	Si oui, veuillez indiqu	er le nº de do	ssier :				_	



DEMANDE DE RÈGLEMENT - ASSURANCE ANNULATION

IMPORTANT - Informations essentielles pour traiter votre demande

Date d'achat du voyage	Année	Mois	Jour	Coût du voyage	\$	Type de réclamation
Date de la demande d'annulation au fournisseur	Année	Mois	Jour	Montant réclamé	\$	Annulation de voyage Retard ou annulation de vol
Date prévue de départ	Année	Mois	Jour	Destination prévue (ville et p	pays)	Interruption de voyage Délai de retour
Date prévue de retour	Année	Mois	Jour			Autre, spécifiez
Veuillez expliquer la raison d	e votre annulati	ion ou inte	rruption (si nécessaire, continuez sur und	e autre feuille)	Avez-vous obtenu un remboursement ou un crédit de votre fournisseur de service?
						Oui Non
						Si oui, veuillez joindre la réponse du fournisseur de service et assurez- vous d'indiquer tous les remboursements et crédits obtenus dans le tableau ci-dessous.

Frais réclamés

Description des frais	Fournisseur de voyage (grossiste, transporteur, achat en ligne, etc.)	Montant payé (CAD)	Remboursement ou crédit déjà reçu (CAD)	Montant réclamé (CAD)
Ex. : Forfait voyage	Ligne aérienne ABC	1,000 \$	250 \$	750 \$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
				\$

Engagement, Autorisation et Subrogation

- 1. J'atteste, par la présente, n'avoir reçu aucune indemnité qui ne soit ici déclarée pour la perte qui fait l'objet de cette demande.
- 2. Je certifie que je n'ai en aucune façon causé ou cherché, directement ou indirectement, à causer cette perte. Je n'ai dissimulé ni déformé aucune circonstance ni aucun fait concernant la couverture ou son objet.
- 3. Je cède à CanAssistance Inc. toutes les prestations payables par des tiers pour des sinistres couverts au titre de la police. De plus, je demande à ces tiers de verser directement à CanAssistance Inc. les prestations payables par suite de la présentation par CanAssistance Inc. d'une demande de règlement à l'égard de ces sinistres.
- 4. Dans le but de permettre l'évaluation de ma demande de prestations, j'autorise les compagnies d'assurances, les compagnies aériennes, les agents de voyage et tout autre organisation ou personne détenant des renseignements à mon sujet ou sur le sinistre ayant donné lieu à ma demande de règlement, à communiquer et transmettre ces renseignements à CanAssistance Inc. De plus, j'autorise CanAssistance Inc. à divulguer les renseignements qu'elle détient à mon sujet à l'assureur de ma police d'assurance voyage et à ses réassureurs, à ses vérificateurs internes et externes et à tout professionnel ou à toute organisation mandaté par CanAssistance Inc. dans le cadre du traitement de ma demande de règlement.
- 5. Je déclare par la présente que les déclarations qui précèdent avec leurs détails ainsi que les renseignements communiqués dans les documents annexés sont complets et exacts, sachant que toute fausse déclaration peut rendre nulle l'attestation ou la police d'assurance et entraîner le refus de ma demande de prestations.
- 6. En considération des prestations qui seront payées conformément à mon contrat, je cède et subroge par les présentes à mon assureur, mes droits et recours contre quiconque et toute personne qui peut être responsable ou redevable des sommes, des dommages, pertes et/ou blessures subies par moi et/ou un ou plusieurs membres de ma famille, protégés en vertu de mon contrat, jusqu'à concurrence de tous les montants qui seront payés par mon assureur et subroge ainsi mon assureur par les présentes dans tous mes droits et recours pour lesdits montants.
- 7. Je m'engage à n'accepter aucun règlement sans l'approbation antérieure de mon assureur, à défaut de quoi tous les montants payés par mon assureur lui seront remboursés sans délai, et je m'engage et accepte de rembourser à mon assureur tout montant que je peux recevoir de quiconque et de toute personne qui peut être responsable ou redevable desdites sommes, dommages, pertes et/ou blessures ou de toute personne tenue pour elle, jusqu'à concurrence du montant payé par mon assureur.
- 8. En nous transmettant ce présent formulaire, vous comprenez que nous traiterons vos renseignements personnels conformément aux modalités de notre Politique de confidentialité. Nous vous invitons à lire attentivement notre Politique de confidentialité disponible sur notre site internet, laquelle prévoit notamment les catégories de tiers à qui il est nécessaire de communiquer vos renseignements personnels, parfois à l'extérieur de votre province de résidence, ainsi que vos droits d'accès et de restification de vos renseignements personnels.

rectification de vos renseignements personneis.		
Signature du titulaire de la police ou héritier légal :	Date:	
Signature du conjoint si celui-ci ou celle-ci réclame :	Date:	
Signature de la personne à charge, si celle-ci réclame et est majeure :	Date:	

ENVOYER CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AINSI QUE TOUS LES AUTRES DOCUMENTS REQUIS À CANASSISTANCE

Via notre site sécurisé :

canassistance.com/fr/assures/depot

Envoyez tous les documents numérisés et conservez les originaux. Nous nous réservons le droit d'exiger les documents originaux jusqu'à un an suivant le dépôt de la réclamation.

Par la poste:

CanAssistance, Service des Règlements Voyage CP 3888, succursale B, Montréal (Québec) H3B 3L7



DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT Garantie annulation

	Identification du patient								
lom	Prénom		Sex	xe M	—— П П	:	Date de	naissance mois	jo
		<u> </u>							
	seignements sur l'accident ou la maladie								
Piagnostic ou nature lessure ou de la ma			,						
ate de la blessure o	u de l'apparition des premiers symptômes de la maladie:	anı	inée		mois		jour		
ate de la première d	année mois jour consultation :			•		•			
a personne a-t-elle (déjà souffert de cette maladie? 🔲 Oui 📗 Non								
si oui, veuillez spécif	ier la date :								
a personne a-t-elle e	été hospitalisée relativement à cette condition?	Non			mois		our		
i oui, veuillez spécifi									
	ates d'examen ou de traitement pour cette condition depuis	s la pren		cons		n:			
année mo	is jour année mois jour année		mois		jour		année	mois	jour
st-ce que cette cond	dition est une complication d'une condition sous-jacente?	Oui		Non					
i oui, veuillez précis	er :								
st-ce que la personr	ne vous a été référée par un autre médecin? 🔲 Oui 📗	Non	No	m et	adres	se du	médeci	n référant :	
ii oui, veuillez indiqu	er la date de la référence :		_						
Recommandation	on médicale quant à la capacité d'effectuer le voyage								
st-ce que la personr	ne blessée ou malade est celle qui devait voyager?	Dui 🗌	No	n					
i oui, est-ce que la p	ersonne était inapte à voyager en raison de cette maladie o	u blessu			Oui	_	Non		
/euillez indiquer la d	ate à laquelle vous lui avez recommandé d'annuler son voya	ige :		année	1	mois	joi	ır	
/ous lui avez recomr	nandé de ne pas voyager du année mois jour	au		année		mois	joi	ır	
	res raisons qui rendent cette personne inapte à voyager :								
Tecisez s ii y a u auu)							
	Commentaires								
	dentification et signature du médecin								
lom et adresse du m	rédecin (en caractère d'imprimerie) :					Scea	u du mé	decin	
pécialité :	Téléphone :								
Date:	mois jour Signature du médecin :								



AVIS IMPORTANT

Si votre demande de remboursement est admissible, par défaut un chèque sera émis au titulaire du contrat. Si vous préférez recevoir votre paiement par dépôt direct, veuillez remplir ce formulaire et joindre un spécimen de chèque.

Le versement des prestations par dépôt direct est un service sans frais et est avantageux à plus d'un égard :

- Vous évitez les délais des services postaux et les risques de perte.
- Les fonds virés à votre compte de banque ne sont pas retenus contrairement à ceux déposé par chèque et peuvent être retirés dès qu'ils sont déposés.

ENVOYER CE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI AINSI QUE TOUS LES AUTRES DOCUMENTS REQUIS À CANASSISTANCE

Via notre site sécurisé :

canassistance.com/fr/assures/depot

Envoyez tous les documents numérisés et conservez les originaux. Nous nous réservons le droit d'exiger les documents originaux jusqu'à un an suivant le dépôt de la réclamation.

Par la poste :

CanAssistance, Service des Règlements Voyage CP 3888, succursale B, Montréal (Québec) H3B 3L7

Identification du titulaire							
Nom complet du titulaire	Nº de contrat, certificat ou identification	Nº De dossier					

Renseignements bancaires (Institutions financières canadiennes seulement)

Pour éviter des erreurs et des délais dans le paiement, <u>veuillez joindre un spécimen de chèque</u>. Il est aussi possible d'obtenir un spécimen de chèque en utilisant les services bancaires en ligne de votre institution financière.

Numérisez le document ou prenez-le en photo, en vous assurant que tous les renseignements sont lisibles.

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir un spécimen de chèque, veuillez compléter attentivement les sections ci-dessous.

123 <u>12345</u> * <u>123</u> <u>1234</u> * <u>56</u> * <u>7</u>	N° de transit N° d'institution N° de compte
1 - Numéro 2 - Numéro 3 - Numéro de transit d'institution de compte (succursale) financière	

Je demande que mes prestations soient versées par transfert électronique de fonds (dépôt direct) dans ce compte.

Signature du titulaire Date